

sumo de macrólido josamicina en el CM (2,7% del consumo referente al grupo J). 4. Del consumo de preparados dermatológicos (D), en el CJ destaca el uso de champús medicinales (D11): 24,9% del total del grupo D. Del análisis del valor intrínseco de los fármacos consumidos pertenecientes de los grupos A, J y N, en los diferentes centros, destaca que un 69% (CM), un 76% (CJ) y un 86% (CH), tienen un valor intrínseco «elevado».

A la vista de los resultados obtenidos tras el estudio, así como del considerable número de fármacos con un valor intrínseco «elevado», se constata que el uso de medicamentos hallado en las tres instituciones refleja una prescripción de calidad. El hecho de que este estudio se llevara a cabo en tres centros con una población tan heterogénea —mujeres, jóvenes y hombres— permite suponer un uso distinto de los medicamentos en cada centro. Asimismo, se trata de una población esencialmente joven; el hecho de hallar un consumo muy bajo de cierto tipo de fármacos, como los utilizados en el tratamiento de patologías cardiovasculares, no llama la atención, puesto que el grupo de

referencia —en este caso, los usuarios de la Seguridad Social— tiene una media de edad superior y, por tanto, mayor incidencia de este tipo de patologías. Entre los hallazgos destaca el gran consumo de fármacos con efectos sobre el sistema nervioso central. Este grupo comprende analgésicos e hipnosedantes. Aquí, el patrón difiere claramente entre el CM y el CJ, por un lado, y el CH por el otro; esto concuerda con otros estudios anteriores en cuanto a la hipótesis que las mujeres consumen más analgésicos que los hombres.

Obsérvese que los dos grupos más consumidos en los tres centros —con sus correspondientes subgrupos— incluyen fármacos que pueden utilizarse para tratar patologías con un trasfondo psicossomático —antiespasmódicos, hipnóticos, antiulcerosos, analgésicos— o bien que pueden utilizarse como placebo —vitaminas—.

Por otro lado, en el consumo de antibióticos debe hacerse hincapié en el elevado uso de tuberculostáticos, sobre todo si se compara con el empleo de estos fármacos en la SS durante el año 1987: 0,6% del total del grupo J<sup>3</sup>. Este hecho constata la elevada

tasa de tuberculosis en los tres centros penitenciarios.

A partir de los resultados presentados, se constata la necesidad de regular la oferta de medicamentos en las instituciones cerradas, con la finalidad de mejorar la calidad de la prescripción.

**Albert Figueras i Suñé**

**Joan Costa i Pagès**

**Josep M. Arnau de Bolós**

Departament de Farmacologia Clínica  
de la Ciutat Sanitària Vall d'Hebron.  
Barcelona.

#### Bibliografía

1. Tognoni G, Laporte JR. Estudios de utilización de medicamentos y farmacovigilancia. En Laporte JR, Tognoni G. *Epidemiología del medicamento*. Barcelona: Salvat, 1983; 1-38.
2. Laporte JR, Capellà D. Drug utilization studies: A tool for determining the effectiveness of drug use. *Br J Clin Pharmacol* 1983; 16: 301-4.
3. García A, Prieto I, Ortega A. Utilización de anti-infecciosos en España, 1981-1984. *Información terapéutica de la Seguridad Social* 1985; 9: 179-81.

## LA NECESIDAD SOCIAL DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA Y LA ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

Sr. Director:

La historia clínica, desde hace poco tiempo, se ha convertido en protagonista importante en el quehacer cotidiano de nuestros hospitales y estamos convencidos que lo será también en la asistencia primaria<sup>1</sup>. Recientemente se ha hablado mucho de las historias clínicas y son ya conocidas sus funciones asistenciales, de docencia e investigación y el papel legal que como documento poseen<sup>2,3</sup>. No obstante, se ha dicho muy poco, o quizás nada, de la función social de la historia clínica. Nuestra intención es hacer una reflexión sobre la importancia que posee la documentación clínica y los problemas derivados de la entrega de documentación cuando se intenta cubrir la función social de la historia clínica.

Durante los últimos años se ha producido un fenómeno social importante que lleva a solicitar documentación clínica (radiografías, informes) a los archivos de historia clínica<sup>2,3</sup>; nos referimos, por ejemplo, a trami-

tación de incapacidades, invalideces, bajas prolongadas, etc., todas ellas referentes al estado de salud o enfermedad del paciente que pretende conseguir un estado social determinado; pero también existen otros tipos de tramitaciones, como divorcios, tutelas, indemnizaciones, cobros a compañías de seguros o mutuas médicas, etc, que, a partir de unos informes clínicos pretenden conseguir un fin familiar o económico concreto. Es decir, la documentación puede servir como soporte clínico que permite seguir la evolución asistencial de un paciente o puede colaborar a determinar situaciones legales como por ejemplo, que un joven haga o no el servicio militar, un paciente tenga o no la invalidez, un cónyuge consiga o no la tutela de un hijo. En ocasiones, es el propio enfermo quien acude al archivo, por propia iniciativa, o porque se lo solicita un abogado u otro clínico, o por disposición de organismos de la Administración sanitaria. En estos casos se entrega sin problemas la do-

cumentación solicitada. En ocasiones menos afortunadas son los propios abogados, familiares o conocidos quienes acuden al centro hospitalario<sup>4</sup>. En estos casos, nuestra obligación es hacerles volver de nuevo con la autorización expresa del paciente, a pesar del mal humor que esto provoca a quienes han tenido que desplazarse, quizás a kilómetros de distancia, para conseguir dicha documentación. Podemos añadir la circunstancia de que son muchas las veces que la fecha de recepción de las cartas enviadas por la Administración sanitaria coincide casi con la fecha de citación, por lo que el enfermo o sus familiares, siempre con prisas, deben ir arriba y abajo para conseguir la documentación solicitada. ¿Qué problemas plantea además la entrega de ésta?

1. Pérdida de información: Debemos diferenciar la documentación en soporte papel de las radiografías. Casi todos los hospitales disponen de la posibilidad de hacer copias de los documentos en papel, pero no todos po-

seen facilidades para hacer copias de radiografías, ya sea en tamaño original o reducido, o en caso de disponer de los recursos necesarios, no siempre existe el circuito o el personal que dé soporte. En definitiva, nos vemos obligados en muchas ocasiones a entregar radiografías originales con la consiguiente pérdida de información documental que esto le supone a la historia clínica del hospital. Con esfuerzo conseguimos prevenir a los pacientes del perjuicio que le supone al propio enfermo la entrega y pérdida de originales, por lo que muchos de ellos vuelven de nuevo para retornar la documentación prestada.

2. Confidencialidad: ¿Quién o cómo se garantiza el derecho a la confidencialidad de la información clínica que el enfermo posee y que queda diluida con tanto ir y venir de la documentación? ¿Qué clase de confidencialidad es aquella que obliga a entregar los informes para facturación, compañías de seguros, etc.<sup>2,5,6</sup>

3. Secreto profesional: Según el código deontológico, el médico puede omitir el diagnóstico a un paciente, cuando así lo crea conveniente. Si un paciente solicita documentación y quiere verificar su tratamiento —«ya que he venido hasta aquí», «veamos todo lo que me han hecho»—, ¿estamos quizás interfiriendo en el derecho al secreto profesional del facultativo, al dar en mano la información al paciente que tal vez en su momento el clínico creyó oportuno omitir?

4. Trabajo no contabilizado en los archivos: El incremento en los últimos años de pacientes que solicitan documentación nos sitúa en

cifras impensables. Durante 1988, hubo 1.315 solicitudes en el Hospital de Bellvitge y 2.000 en San Juan de Dios, cifras ésas nada despreciables para una labor poco reconocida y que supone un tiempo en horas muy importante.

5. Desplazamiento de los enfermos: Tal como ya se ha señalado, son varios los desplazamientos a los que se ve obligado un paciente en cuanto «alguien» le solicita la documentación clínica. Cabe destacar que tras todos estos ajetreos, muchas veces la respuesta del paciente al ver la documentación es, por ejemplo: «Pues faltan muchos informes y en el que hay no pone nada de esto, ni que me hicieron aquello, o no está la hora de asistencia en urgencias para justificar ambulancia, o no pone que ya me habían operado anteriormente, etc.» ¿Cuántas veces los clínicos hacemos informes pensando que de ellos pueden depender tutelas, invalideces, cobros de unos o pagos de otros...? ¿Tiene nuestra documentación calidad suficiente como para poder dar soporte a esta función social de la historia clínica? ¿Sabe el clínico que tiene obligación de cubrir esta necesidad? La calidad de la historia clínica sería el sexto problema planteado. Los hospitales, conocedores de la importancia de una documentación cualitativa y cuantitativamente correcta, crean comisiones de historias clínicas que intentan mejorar la calidad de su contenido.

En resumen, queremos remarcar la importancia que posee la documentación clínica, no ya para asistencia, docencia o investigación, sino para cubrir unas necesidades ju-

ricas y sociales que está en manos de los clínicos y de los hospitales el que se puedan satisfacer. No solamente nos ha preocupado aportar el problema, sino también el conseguir soluciones. Creemos que se tendría que plantear una reestructuración para que el método o el sistema de solicitar dichos informes fuera coherente, no solamente para que éstos contengan toda la información necesaria, sino para que las pérdidas de tiempo y desplazamientos sean mínimos para el solicitante.

**M. Serra Alacid**

**J.M. Gejo**

Hospital de Bellvitge

«Príncipes de España»

#### Bibliografía

1. Gol J, Barrufet M, Bonell F, et al. La historia clínica per a l'Assistència Primària. Informe tècnic n.2 Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1984.
2. Serra M, Gejo J.M. Archivo Central de historias clínicas y servicios clínicos del hospital. *Med Clin* 1988; 90: 132.
3. Luna A, Osuna E. Problemas procesales de la utilización de la historia clínica. *Med Clin* 1986; 87: 717-18.
4. Luna A, Osuna E. Derecho del paciente al acceso a su historia clínica. *Med Clin* 1987; 88: 59-60.
5. Normas de Deontología del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.
6. Código de Deontología Médica, Consejo General de los Colegios Oficiales de Médicos.

